

## University of Groningen

### Healthy aging in context

Djundeva, Maja

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2016

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Djundeva, M. (2016). *Healthy aging in context: Family, welfare state and the life course*. University of Groningen.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

# Nederlandse samenvatting

Gezond ouder worden in breder verband: Familie, Welvaartsstelsel en de Levensloop

Chronische ziekte en andere beperkingen treffen veel oudere Europeanen. Ze spelen niet alleen een belangrijke rol voor individuen, maar ook voor families en de maatschappij in zijn geheel. Toekomstige cohorten ouderen zullen ouder worden dan ooit, en deze cohorten zullen bovendien relatief groter en gezonder zijn. Daarnaast zullen zij meer diverse verwantschappen hebben, als gevolg van veranderende familierelaties. Het doel van dit onderzoek is om reeds bestaand bewijs voor ongelijkheid op het gebied van gezondheid te koppelen aan levenslooptheorieën, ten einde te verklaren in welke mate gebeurtenissen in de levensloop, zoals huwelijk, echtscheiding, weduwschap en ouderschap, invloed hebben op de mentale en fysieke gezondheid van oudere volwassenen.

Eerder sociologisch onderzoek naar de samenhang tussen gezondheid en processen in de gezinsstructuur heeft in grote mate bijgedragen aan de kennis over de manier waarop huwelijksstatus de gezondheid van een individu beïnvloedt (Koball et al., 2010; Mirowsky, 2005; Schoenborn, 2004; Umberson et al., 2006; Wood et al., 2007). Er is overtuigend bewijs dat gehuwden een betere algemene gezondheid en een lagere sterftekans hebben dan niet-gehuwden. Eerdere studies kennen echter een aantal beperkingen. Ten eerste was het merendeel van de studies niet in staat om verschillende groepen te onderscheiden binnen de niet-getrouwden (bijvoorbeeld gescheiden personen of diegene die nooit getrouwd zijn). Ten tweede zijn er beperkingen geweest in het ontwerp van vragenlijsten. Hierdoor is niet erkend dat ongehuwd samenwonen wellicht een ander verband met gezondheid houdt dan gehuwd samenwonen. Ten derde is het onderzoekers tot nog toe niet gelukt om het theoretische begrip “huwelijksloopbaan” meetbaar te maken. Dit heeft geresulteerd in een onvolledig begrip van het verband tussen partnerrelaties gedurende de levensloop en de gezondheid van individuen. Ten slotte hebben eerdere studies welliswaar gecorrigeerd voor selectiviteit van gehuwden – diegenen met een betere gezondheid hebben een grotere kans om te trouwen – maar zijn zij er niet in geslaagd om rekening te houden met de manier waarop iemands gezondheid gedurende de jongere jaren zowel invloed kan hebben op de gezondheid in het latere in het leven als op partnerrelaties in midden en late adolescentie (Hope, Rodgers & Power, 1999; Lamb, Lee & DeMaris, 2003; Mastekaasa, 1992).

Daarnaast hebben zowel de transitie naar het ouderschap als de omgang met volwassen kinderen een effect op de gezondheid. De effecten verschillen afhankelijk van bepaalde sociale omstandigheden. Door het hanteren van een levensloopperspectief heeft demografisch onderzoek aangetoond dat een vroege transitie naar het ouderschap (zoals een tienerzwangerschap) samenhangt met beperkte onderwijs- en

arbeidsmogelijkheden en een verhoogde kans op echtscheiding. Ook dit onderzoek kent echter een aantal beperkingen. Ten eerste ligt de focus veelal op de gezondheid van jong- en midden adolescenten. Ten tweede is er veel onderzoek verricht naar de effecten van vroeg ouderschap, terwijl over de gevolgen van laat ouderschap weinig bekend is. Ten derde is weinig aandacht besteed aan verschillen in de sociale omgeving en de middelen die men als ouder beschikbaar heeft. Deze kunnen schadelijk zijn voor de gezondheid van sommige personen, maar gunstig voor anderen.

In onderzoek naar ouderschap op latere leeftijd staat de uitwisseling van sociale steun tussen ouders en hun volwassen kinderen centraal. Onderzoek vanuit een levensloopperspectief richt zich op de continuïteit en verandering in de gezondheid over het hele levenstraject, en suggereert dat ouderschap en de ‘verbonden levens’ van ouders en hun kinderen op de langere termijn van invloed zijn op de gezondheid (Lee, Netzer & Coward, 1995; Wilson et al., 2003, Pilemer & Sutor, 2002). Dit heeft vooral betrekking op de geestelijke gezondheid van ouders. In eerder onderzoek is echter niet voldoende rekening gehouden met de uiteenlopende ervaring van het ouderschap voor verschillende mensen (Milkie, Bierman & Schieman, 2008). Daarnaast is de wisselwerking tussen fysieke, sociale en economische bronnen die ouders tot hun beschikking hebben ook onderbelicht gebleven in studies naar het verband tussen gezondheid en intergenerationele relaties.

In dit proefschrift staan derhalve vier onderzoeksvragen centraal, welke onderzocht worden in vier empirische studies. De eerste vraag betreft in hoeverre de selectiviteit van de huwelijksloopbaan afhankelijk is van de gezondheid. De tweede onderzoeksvraag richt zich op de manier hoe partnerrelaties over de levensloop samenhangen met de gezondheid van oudere personen. De daaropvolgende vraag behelst de kwestie hoe ouderschap, en in het bijzonder de leeftijd waarop vrouwen moeder worden, samenhangt met het onderwijsniveau en de gezondheid later in het leven. De laatste studie gaat na in hoeverre relaties tussen volwassen kinderen en hun ouders een effect hebben op de mentale gezondheid van ouders op leeftijd.

Het proefschrift gaat uit van een levensloopperspectief om het verband tussen gezinsprocessen en de gezondheid te bestuderen. Deze levensloopbenadering is in lijn met de toenemende aanwijzingen dat zowel de gezondheid als familierelaties later in het leven mede afhankelijk zijn van gezondheidsbeleving, blootstelling aan omgevingsfactoren en beschikbare economische middelen eerder in het leven (Elder, 1985; O’Rand & Henretta, 1999; Lynch & Smith, 2005). Daarnaast zijn ook partnerschap en de vruchtbaarheidsgeschiedenis, vroeger en later in het leven, van belang. Onderzoekers richtten zich hierbij op een bepaald mechanisme door middel van de ‘cumulative advantage/disadvantage (CAD)–theorie (Corna, 2013). Dit mechanisme beschrijft een proces wat betrekking heeft op initiële relatieve voordelen (of nadelen) die verband houden met de structurele locatie en de hulpmiddelen die een individu tot zijn/haar beschikking heeft. Het proces resulteert in een systematische afwijking in de levensloopp processen van verschillende individuen over een bepaalde periode. Het

tweede mechanisme is van fysiologische aard en erkent dat het vermogen van een lichaam om infecties, auto-immuunziekten en kanker te weerstaan beïnvloed wordt door de psychologische stress die afhankelijk is van, onder andere, stressvolle levensgebeurtenissen en sociale steun die geboden wordt (Cohen & Herbert, 1996; Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005). Er zijn daarnaast biologische processen die ervoor zorgen dat fysiologische eigenschappen en toestanden ook fysieke veranderingen teweeg brengen. Wanneer stressvolle gebeurtenissen het vermogen van een persoon om met deze incidenten om te kunnen gaan overschrijden, wordt psychische nood uitgelokt, wat zich uit in negatieve cognitieve en emotionele toestanden. Het derde mechanisme is van psychologische aard en legt de nadruk op sociale integratie, sociale steun en sociale controle. Deze factoren hebben een regelgevende functie wat betreft het huwelijk en het krijgen van kinderen, die de gezondheid stimuleren en bevorderen (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Musick & Bumpass, 2006).

De twee gebruikte datasets zijn de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) en de English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). SHARE en ELSA zijn multidisciplinaire en grensoverschrijdende panel databronnen, waarin gegevens over gezondheid, sociaaleconomische status en sociale- en familienetwerken van Europese ouderen (50+) zijn verzameld. Een groot voordeel van deze datasets is dat het betrekking heeft op meerdere landen (Oostenrijk, Duitsland, Zweden, Nederland, Spanje, Italië, Frankrijk, Denemarken, Griekenland, Zwitserland, België, Tsjechië, Polen en Engeland), wat landenvergelijkend onderzoek mogelijk maakt. De beste eigenschap van deze datasets, is dat ze vandaag de dag de meest uitgebreide bronnen van informatie zijn voor een dergelijk onderzoek. Ze combineren namelijk metingen die vroeg, in het midden van en laat in het leven zijn afgenomen. Deze metingen gaan over zowel de individuele gezondheid als de familie van de oudere Europese bevolking. SHARE en ELSA combineren zowel subjectieve als objectieve metingen van gezondheid met informatie over de geschiedenis van partnerrelaties en de vruchtbaarheid van deze personen.

## Hoofdstuk 2

In Hoofdstuk 2 bespreek ik het selectieproces van individuen op basis van hun gezondheid in verdere partnerschapspatronen. De 'huwelijk selectie-effect' hypothese vooronderstelt dat er een verband is tussen huwen en een betere gezondheid doordat gezondere personen een grotere kans hebben om te trouwen en getrouwd te blijven. Eerder onderzoek heeft zich echter beperkt tot de eerste transitie naar een huwelijk en was gericht op jongere volwassenen (Hope, Rodgers & Power, 1999; Lamb, Lee & DeMaris, 2003; Mastekaasa, 1992). Mijn interesse ligt daarentegen op de invloed van de gezondheid in de jeugd en vroege adolescentie op de hele geschiedenis van partnerrelaties vanaf jong-volwassenheid tot op latere leeftijd. Door een levensloopbenadering te nemen ontwikkel ik allereerst partnerschapstrajecten. Deze beschrijven hoe oudere personen in 13 Europese landen verschillen in wat betreft het

aantal huwelijken en echtscheidingen die zij meemaken, evenals het aantal keer dat zij verweduwd zijn. Deze verschillen verklaren de heterogeniteit in partnerschap in midden en late adolescentie. Vervolgens ben ik geïnteresseerd in hoe deze partnerschapstrajecten worden bepaald door gezondheid vroeg in het leven. Hoofdstuk 2 beantwoordt dus de volgende onderzoeksvragen: (1) *Hoe verschillen partnerschapstrajecten tussen Europese landen?* (2) *Hoe beïnvloedt de gezondheid in de jeugd de waarschijnlijkheid dat er een ander partnerschapstraject gevolgd wordt gedurende de levensloop?* (3) *Is eenzelfde relatie tussen gezondheid in de jeugd en het partnerschapstraject waar te nemen voor oudere en jongere cohorten?* De resultaten laten zien dat de meeste oudere Europeanen een traditioneler partnerschapstraject doorlopen, bestaande uit één huwelijk zonder latere onderbrekingen. De heterogeniteit in het partnerschap is sterker in de meer welvarende Noord-Europese landen. Een slechte gezondheid in de jeugd komt vaker voor onder mannen en vrouwen die een complexer partnerschapstraject doorlopen, bestaande uit meerdere scheidingen of weduwschap. Vrouwen met een slechtere gezondheid in de kindertijd hebben een lagere kans om ooit te trouwen of samen te wonen. Het verband tussen een slechte gezondheid in de jeugd en het doorlopen van een niet-standaard partnerschapstraject is vooral van toepassing op de jongere cohorten, geboren na de Tweede Wereldoorlog.

### Hoofdstuk 3

Na een schets van de relatie tussen gezondheid vroeg in het leven en de daaropvolgende partnerschapstrajecten, is het essentieel om na te gaan hoe de partnerschapstrajecten gerelateerd zijn aan de gezondheid later in het leven. Dit proefschrift bouwt voort op vorig onderzoek naar zelf-gerapporteerde gezondheid, chronische ziekten of kanker en sterfte- en huwelijkscijfers. Ik gebruik objectieve indicatoren voor cardiovasculaire gezondheid in het latere leven om deze kennis uit te breiden. Eerdere onderzoeken wijzen weliswaar op grote verschillen in sterfte en cardiovasculaire ziekten naar burgerlijke stand, maar zijn niet in staat geweest om verder te kijken dan huwelijk en echtscheiding. *In Hoofdstuk 3 verken ik hoe kenmerken van het partnerschapstraject gepaard gaan met cardiovasculaire gezondheid van oudere mannen en vrouwen in Duitsland en Engeland.* De belangrijkste kenmerken van partnerschapstrajecten die gebruikt worden in dit hoofdstuk zijn de timing, ordening en kwantum. Dat wil zeggen het moment van het eerste partnerschap, het aantal partnerschappen over de levensloop, en de volgorde van verschillende relatievormen. Uit de resultaten blijkt dat Duitse respondenten een lagere gemiddelde registratie van CRP rapporteren en een hogere hoeveelheid HbA1c en een hoge systolische en diastolische bloeddruk hebben dan de Engelsen. Engelse respondenten hebben daarentegen een gemiddeld hogere cholesterolgehalte. Vrouwen in gescheiden trajecten in Duitsland hebben een kleinere kans op een hoog HbA1c-niveau, terwijl mannen in Duitsland die veel verandering hadden in partnerschapsstatus een grotere kans hebben op een hoge diastolische bloeddruk. De resultaten voor Engeland laten zien dat de leeftijd bij de eerste relatie

samenhangt met het totale cholesterolniveau voor mannen: degenen die hun eerste relatie tussen 26 en 30 jaar meemaakten, hebben een grotere kans op een lager algemeen cholesterolgehalte.

#### Hoofdstuk 4

De transitie naar ouderschap gaat vaak gepaard met de transitie naar partnerschap, een cruciale gebeurtenis in iemands leven. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat het krijgen van een kind een zeer belangrijke voorspeller is voor zowel de mentale als fysieke gezondheid. In Hoofdstuk 4 ligt mijn interesse bij de niet-medische gevolgen van ouderschap voor de gezondheid later in het leven. Ouderschap, en specifiek, de leeftijd waarop vrouwen moeder worden, hangt nauw samen met het onderwijsniveau. Daarom richt ik mij in dit hoofdstuk op de wisselwerking tussen de leeftijd bij de geboorte van het eerste kind en het opleidingsniveau van de moeder. Dit hoofdstuk beantwoordt de volgende vragen: (1) *Heeft de leeftijd bij de geboorte van het eerste kind invloed op zelfgerapporteerde gezondheid later in het leven?* (2) *Is het verband tussen leeftijd bij de geboorte van het eerste kind en gezondheid toe te schrijven aan verschillen in opleidingsniveau?* Om deze vragen te kunnen beantwoorden onderzoek ik eerst de selectie van mensen met bepaalde eigenschappen in de transitie naar ouderschap op basis van individuele kenmerken (leeftijd en gezondheid in de jeugd). Dit zijn de sociaaleconomische status en de gezondheid in het vroege leven. Daarnaast zijn er verschillen te zien in de relatie tussen leeftijd bij de geboorte van het eerste kind en het opleidingsniveau tussen landen die onder te verdelen zijn in verschillende Europese welvaartsstelsels. Met name Oostenrijk, Zweden, Spanje en Polen laten een aanhoudende correlatie zien tussen leeftijd bij de geboorte van het eerste kind en zelfgerapporteerde gezondheid (directe effecten van de leeftijd bij de geboorte van het eerste kind op de gezondheid). In Duitsland, Nederland, Zwitserland en Tsjechië zijn de directe effecten van de leeftijd bij de geboorte van het eerste kind op de gezondheid klein. Vooral de conservatieve landen (Oostenrijk, Duitsland, Nederland, Zwitserland) en de Oost-Europese landen (Tsjechië en Polen) laten zulke directe effecten zien. Daarentegen is er een opmerkelijke afwezigheid wat betreft directe effecten van de leeftijd bij de geboorte van het eerste kind op de gezondheid in de Mediterrane landen, Denemarken en België. In de meeste landen ontstaat er een accumulatie van risico of voordeel waarbij gezondheid in het vroege leven, de leeftijd bij de geboorte van het eerste kind en opleiding een synergetische invloed hebben op gezondheid later in het leven.

#### Hoofdstuk 5

In Hoofdstuk 5 staat de volgende onderzoeksvraag centraal: hoe beïnvloeden intergenerationele relaties tussen volwassen kinderen en hun ouders de mentale gezondheid van oudere ouders? Niet iedere ouder is hetzelfde en daarom bestudeer ik hoe verschillende individuele en structurele kenmerken de relatie tussen instrumentele steun van kinderen en een depressieve stemming van ouders beïnvloeden. Van de

kenmerken waar ik mij op richt is bekend dat ze belangrijke voorspellers zijn voor de mentale gezondheid op latere leeftijd, namelijk het geslacht, de fysieke behoeftes en middelen van ouders, evenals hun sociale context. De deelvragen die in dit hoofdstuk beantwoord worden, zijn: (1) *Hoe hangen verschillen in instrumentele steun van volwassen kinderen samen met depressieve stemmingen bij ouders?* (2) *Verschilt de relatie tussen de mate van instrumentele steun en depressieve stemmingen tussen vaders en moeders?* (3) *Ervaren ouders met verschillende fysieke behoeften en beschikbare sociale bronnen instrumentele steun op een andere manier met betrekking tot een depressieve stemming?* (4) *Op welke wijze is het mechanisme dat instrumentele steun aan ouderlijke depressie koppelt afhankelijk van verschillen tussen welvaartsstelsels in Europa?* De uitkomsten laten zien dat onder ouders met ernstige lichamelijke beperkingen, degenen die instrumentele steun van hun volwassen kinderen ontvangen, minder snel last hebben van depressie dan ouders die geen steun ontvangen. De mate van steun speelt een cruciale rol in het verband tussen instrumentele steun en mentale gezondheid. Hoewel het ontvangen van instrumentele steun duidelijk samenhangt met de verschillende Europese welvaartsstelsels, is de relatie tussen deze steun en depressie niet afhankelijk van deze stelsels. Onder mannen zijn zelfs diegene die geringe steun ontvangen depressiever dan diegenen die geen steun ontvangen, terwijl onder vrouwen alleen diegenen die frequente steun ontvangen depressiever zijn vergeleken met anderen. De sociale interactie met kinderen heeft op deze relaties geen significant effect.